

# **AUTHORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

*La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996  
45 C.F.R. § 164.508*

Nombre de la persona o grupo que revelará la información de salud:

---

---

Nombre del individuo / cliente cuya información específica de salud será relevado:

---

Describa la información protegida de salud que será relevado en suficiente detalle para permitir al individuo que firma este formulario y al DES identificarán claramente la información autorizada:

---

---

---

Nombre de la persona /grupo que recibirá la información:

---

---

---

Describa el propósito específico de esta revelación. La declaración "*a petición del individuo*" es suficiente cuando un individuo empieza la autorización.

---

---

La fecha, evento o condición de la terminación de esta autorización:

---

Si no hay una fecha ni condición de terminación especificada, esta autorización terminará un año desde la fecha de autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización a cualquier momento por escrito a la persona u organismo que revele mi información de salud que está nombrado arriba, excepto al punto en que haya sido cumplida la autorización antes del recibir la revocación escrita.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Entiendo que un proveedor de cuidado de salud, o un plan de salud no puede estipular tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en un plan de salud o elegibilidad para beneficios del cuidado de salud cuando yo firme esta autorización excepto como es provisto bajo las leyes estatales y federales.

Entiendo que cuando los archivos y la información autorizados aquí son revelados, pueden ser revelados de nuevo por los recipientes y no pueden ser protegidos por La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996. Sin embargo, proveedores del servicio del cuidado de salud están comprometidos por contrato a mantener la confidencialidad de la información de salud recibida, especialmente la que es relacionada a la infección de VIH, SIDA o condiciones relacionadas a la SIDA, la drogadicción, condiciones psicológicas o psiquiátricas o pruebas genéticas.

Entiendo que puedo tener una copia de esta autorización firmada si la pido.

\_\_\_\_\_ Fecha de la Firma \_\_\_\_\_  
(Escriba en letra de Molde el nombre completo del individuo/cliente o el representante personal)

\_\_\_\_\_ (Firma del individuo /cliente o representante personal)

Descripción de la autoridad del representante personal: \_\_\_\_\_  
(Si se aplica)

\_\_\_\_\_

\*Nota: Esta autorización fue revocada/renunciada por escrito en (fecha) \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_

***Se Considera tan Auténtico como el Original  
una Facsímile o Fotocopia de esta Autorización***

*[Esto formulario no es endorsado ni aprobado por cualquier organismo oficial ni entidad oficial. Se ofrece como un ejemplo básico de un formulario sumiso de HIPAA. No autoriza el uso ni la revelación de la información de la drogadicción ni la información relacionada al VIH/SIDA. El usuario de esto formulario asume toda la responsabilidad y la obligación por usarlo.]*